

(ふりがな)

お名前

付き添われた方は？【家族・他

住所〒

電話

M・T・S・H・R 年 月 日生 才【男・女】

NRS

いつからですか？ 【繰り返す症状 有・無】

【 年 カ月 週間 日前・昨日・今日 時

きっかけは？

【通勤通学中・学校にて・交通事故・室内にて
外出先にて・起床時より・第三者行為
仕事()・スポーツ()
運動後()・他()】

何をしましたか？

【転倒・打撲・捻った・使いすぎ・疲労・不明】
他

どんな時に症状を感じますか？

【姿勢・動き()
寝ていても・安静時も・他

ご希望をお聞かせください

レントゲン希望 【有・無・必要があれば有】
MRI・骨粗鬆症検査・内服薬・外用薬・注射・
装具・診断書・紹介状・リハビリ
他()

今回の症状を他院で受診していますか？

現在・過去【無・有 どこ？

既往歴 肩こり【有・無】 / 腰痛【有・無】

アレルギー【無・不明・有

手術歴【無・有】 / 妊娠の可能性【有・無】

他

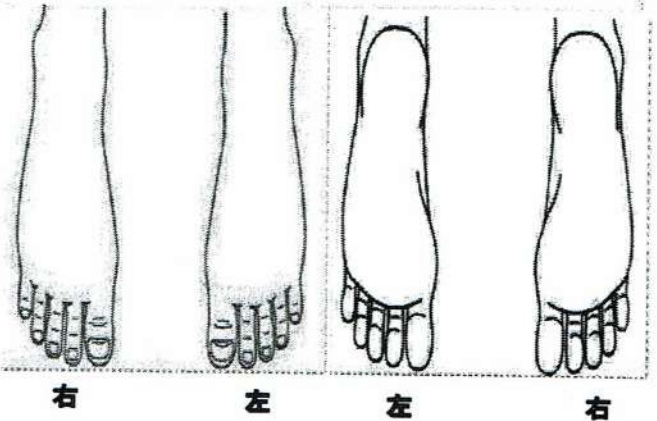
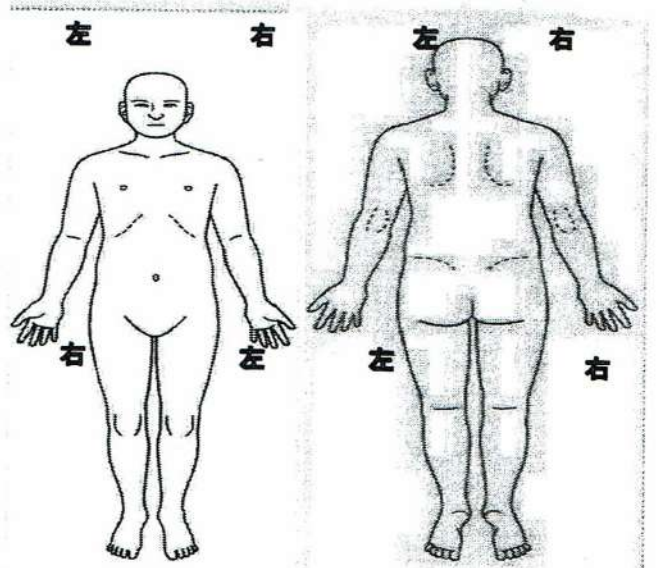
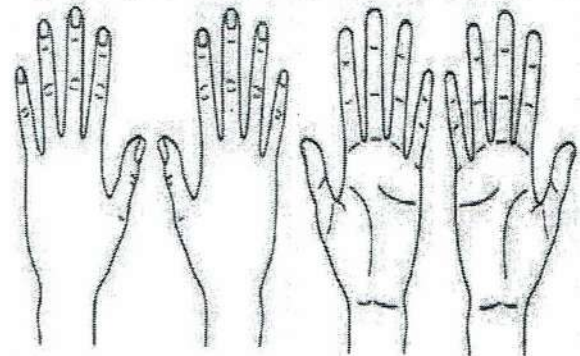
お薬手帳【持参・無し・持参忘れ・内服中の薬無】

現在加療中 【痛み止め・糖尿・高脂血症・痛風・胃
ホルモン剤・甲状腺・骨粗鬆症・貧血・腫瘍・高血圧・
狭心症・不整脈・利尿剤・眠剤・精神安定剤・喘息・骨折・
他

通院先【当院のみ・他

下の図の診察部位を×で示してください。

【痛い・しびれる・違和感・腫れ・出血・
あざ・動きが悪い・変形・かゆみ・発疹 他】



BP P NRS